

6-й СЪЕЗД ИНФЕКЦИОНИСТОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Литература

1. Parasitological stool examination from children without the typical symptoms of parasitic disease / [M. Ra-Noryńska, J. Biakowska, R. Soky et al.] // Przegl. Epidemiol.—2011. — Vol. 65, N 4. — P. 599—603.
2. Liu L.X. Antiparasitic drugs / L.X. Liu, P.F. Weller // N. Engl. J. Med.— 1996. — В II. — Vol. 334, N 18. — P. 1178—1184.
3. Gupta M.C. Effect of periodic antiascaris and anti giardia treatment on nutritional status of preschool children / M.C. Gupta, J.J. Urrutia // Am. J. Clin. Nutr.— 1982. — Vol. 36, N 1. — P. 79—86.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ
ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ АСТРАХАНСКОЙ
РИККЕТСИОЗНОЙ ЛИХОРАДКИ**

*Василькова В.В., Галимзянов Х.М.,
Черенова В.К.*

*ГБОУ ВПО «Астраханская государственная
медицинская академия» МЗ РФ,
г. Астрахань, Россия*

Астраханская риккетсиозная лихорадка (АРЛ) — острое инфекционное заболевание риккетсиозной этиологии, с трансмиссивным механизмом передачи, которое стало регистрироваться в Астраханской области с 70-х годов прошлого столетия [1]. В настоящее время случаи заболевания АРЛ встречаются во всех районах Астраханской области, а также за ее пределами на территории Южного федерального округа России.

В период с 2010 по 2013 годы в условиях Областной инфекционной клинической больницы г. Астрахани на стационарном лечении находился 541 больной с верифицированным диагнозом АРЛ.

По степени тяжести АРЛ может иметь легкое, средней тяжести и тяжелое течение.

За последние годы процент тяжелых случаев АРЛ составил 5,3% от общей заболеваемости. Факторами, способствующими тяжелому течению АРЛ, явились пожилой возраст, сопутствующие заболевания, иммунодефицитные состояния.

Клиника тяжелого течения характеризуется наиболее высокой лихорадкой и выраженной интоксикацией. Больные предъявляют жалобы на сильнейшую головную, мышечные, суставные боли и резкую слабость, анорексию вплоть до полного отказа от приема пищи в течение нескольких дней, происходит быстрая и значительная потеря массы тела. Отмечается ранняя обильная распространенная сыпь с преобладанием геморрагических элементов, приобретающих порой сливной характер, положительный «симптом жгута». Характерно появление розеолезно-папулезных высыпаний на лице. Выявляется значительная протеинурия.

Осложнения при АРЛ встречаются в основном при тяжелом течении заболевания. Основной причиной возникновения осложнений с патогенетической точки зрения является нарушение деятельности центральной нервной и сердечно-сосудистой систем с последующим вовлечением в процесс и других органов [2]. Структура осложнений различ-

на — это и пневмония, и токсические миокардиты, и инфекционно-токсический шок, часто регистрируется острая почечная недостаточность и острая печеночная энцефалопатия.

По нашим клиническим наблюдениям, у каждого третьего больного с тяжелым течением АРЛ в период разгара болезни развиваются очаговые пневмонии риккетсиозной или бактериальной этиологии, вызванные бактериальной микрофлорой. Признаками пневмонии являются повышение температуры тела до пиретических цифр, смена брадикардии тахикардией, появление лейкоцитоза в общем анализе крови. Иногда при этом наблюдается кровохарканье, усиливается кашель, могут появляться боли в грудной клетке. В легких аускультативно выявляются разнокалиберные влажные хрипы.

Одним из ранних осложнений АРЛ является инфекционно-токсический шок. Мы наблюдали данное неотложное состояние при тяжелом течении инфекции в 46,4% случаев. Клинически в ранней фазе шока у наблюдаемых больных отмечались признаки резко выраженной интоксикации, артралгии, усиление головной боли, тахикардия и уменьшение пульсового давления, снижение мочевыделения. В последующем, уже при второй степени шока, регистрировались более выраженные клинические признаки циркуляторной недостаточности — критически снижалось артериальное давление при частом, более 100 уд/мин, пульсе слабого наполнения. При осмотре у данных больных выявлена гипотермия, бледность кожных покровов, акроцианоз. В фазе декомпенсированного шока происходило дальнейшее падение артериального давления при нарастании тахикардии, нарастал общий цианоз, появлялись признаки полиорганной недостаточности — одышка, олигурия, желтуха.

В результате расстройства системного кровообращения у больных с тяжелой осложненной формой АРЛ может развиться преренальная форма острой почечной недостаточности. Клиника острой почечной недостаточности обусловлена уменьшением или полным прекращением мочевого выделения и характеризуется гиперазотемией, нарушением кислотно-основного состояния, водно-электролитного баланса [3]. Накопление азотистых шлаков ведет к нарушению деятельности ЦНС, проявляющейся энцефалопатией различной степени. При осложненных формах в 35,4% случаев мы наблюдали у больных следующие клинические признаки острой почечной недостаточности: диурез резко уменьшался, иногда составляя не более чем 100 мл/сут, или совершенно отсутствовал. Больные жаловались на боли в животе, пояснице, жажду, тошноту, повторную рвоту. При исследовании общего анализа мочи отмечалось резкое снижение удельного веса, в осадке мочи обнаруживались эритроциты, белок, зернистые цилиндры, лейкоциты. У больных возникала гипокалемия, вследствие чего наблюдались боли в сердце, нарушение сердечного ритма, изменения на ЭКГ.

Таким образом, исходя из клинических наблюдений, необходимо учитывать возможность тяжелого течения АРЛ и, соответственно, развитие осложнений уже в ранние сроки заболевания. Развивающиеся осложнения ухудшают течение и прогноз болезни, требуют коррекции лечения, удлиняют

продолжительность лечения и сроки пребывания больных в стационаре. В связи с этим при постановке диагноза, назначении адекватной терапии необходимо учитывать прогностические критерии тяжелого течения АРЛ, к которым относятся: высокая, гиперпиретическая лихорадка; выраженные симптомы интоксикации; появление геморрагической сыпи на 2—3-й день болезни, частая локализация экзантемы на лице.

Литература

1. Галимзянов Х.М., Малеев В.В., Тарасевич И.В. Астраханская риккетсиозная лихорадка / Х.М. Галимзянов // Астрахань, 1999. — 145 с.
2. Галимзянов Х.М., Петросян Э.Г., Оганесян Ю.В. Крымская геморрагическая лихорадка и ее осложнения / Х.М. Галимзянов // Астрахань, 2008. — 54 с.
3. Неотложные состояния и принципы интенсивной терапии в инфектологии: учебно — методическое пособие / Примаченко Н.Б. [и др.]; под ред. Примаченко Н.Б. — Кубанский медицинский институт — 1980. — 7 с.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РОБОТИЗИРОВАННОЙ МЕХАНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ НЕЙРОИНФЕКЦИЙ

Войтенков В.Б., Команцев В.Н.,
Климкин А.В., Иванова М.В., Пульман Н.Ф.

ФГБУ НИИ детских инфекций ФМБА
России, г. Санкт-Петербург, Россия

В настоящее время известно большое количество различных нейрореабилитационных методик, эффективность применения которых часто оценивается преимущественно клинически. Объективная их оценка с применением инструментальных методик диагностики относится к актуальным задачам современной доказательной медицины.

Целью работы явилась оценка эффективности реабилитации пациентов с последствиями нейроинфекций с помощью прибора для роботизированной механотерапии (MotionMaker).

Материалы и методы. Обследовано 5 человек, 3 мальчика, 2 девочки, средний возраст — 13 лет (10—15 лет). У 3 имели место последствия вирусных энцефалитов и у 2 — последствия острого вирусного миелимита. Все пациенты прошли терапию на аппарате роботизированной механотерапии MotionMaker (Швейцария), 10 сеансов. Всем пациентам до начала терапии и через 1 сутки после него проводилась транскраниальная магнитная стимуляция (ТКМС) с помощью аппарата «Нейро-МС» (компания Нейрософт, Россия) с оценкой порога, латентности, амплитуды и формы вызванных моторных ответов (ВМО), расчетом времени центрального моторного проведения (ВЦМП) с рук и ног. Регистрация проводилась с помощью электронейромиографа «Нейро-МВП» (компания Нейрософт, Россия).

Результаты. Побочных реакций и нежелательных явлений, отказа от проведения исследования не наблюдалось ни в одном случае. При первом исследовании высокий порог (90—100%) возникновения ВМО наблюдался у всех пациентов. У 4 из 5 пациентов регистрировались нарушение формы ВМО (полифазия), снижение их амплитуды и асимметрия ВЦМП более, чем на 2 мс. Замедление ВЦМП имело место у 3 из 5 пациентов. При втором исследовании у всех пациентов отмечалось снижение порога ВМО до 50—60%. Полифазия ВМО сохранялась, но ее степень у 2 пациентов значительно уменьшилась. У этих же 2 пациентов (1 с последствиями энцефалита и 1 с последствиями миелимита) отмечалось умеренное повышение амплитуды ВМО. Асимметрия ВЦМП в 1 случае не регистрировалась.

Таким образом, у всех пациентов отмечались нейрофизиологические признаки повышения функциональной активности мотонейронов коры. В двух случаях отмечалось уменьшение дисперсии проведения по моторным путям, т.е. признаки ремиелинизационных изменений. Полученные изменения можно рассматривать как признаки активизации нейропластичности у данной группы пациентов после проведения курса роботизированной механотерапии.

СОСТОЯНИЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ МОТОРНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ, ПЕРЕНОСИВШИХ СЕРЬЕЗНЫЙ МЕНИНГИТ

Войтенков В.Б., Команцев В.Н.,
Матюнина Н.В., Климкин А.В.

ФГБУ НИИ детских инфекций ФМБА
России, г. Санкт-Петербург, Россия

Известно, что после перенесенных серьезных менингитов в части случаев в течение продолжительного времени наблюдается рассеянная неврологическая микросимптоматика и когнитивный дефект. Причины данного явления не ясны.

Целью работы явилось изучение состояния центральных моторных путей в раннем восстановительном периоде после перенесенного серьезного менингита у детей с помощью транскраниальной магнитной стимуляции (ТКМС).

Материалы и методы. Исследовано 49 человек: 26 пациентов с серьезным менингитом (средний возраст 12 лет, 7—17 лет; 9 девочек, 17 мальчиков) и 23 пациента группы контроля (средний возраст 11 лет, 8—16 лет; 9 девочек, 14 мальчиков). Сроки проведения исследования: 4—5 неделя после выписки пациента из стационара (санация ликвора, исчезновение температуры, общемозговой симптоматики и интоксикации). Всем пациентам проводилась диагностическая ТКМС с рук и ног (с m. abductor hallucis и m. abductor pollicis brevis с двух сторон) с исследованием формы, порога и латентности корковых и сегментарных ВМО (вызванный моторный ответ), времени центрального моторного проведения (ВЦМП), асимметрии ВЦМП между сторонами (в мс).

Результаты. Все пациенты хорошо перенесли исследование, жалоб на болевые ощущения, повышенную сонливость не было. В группе серьезных менин-